Zur Melancholiefrage.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

VON

JULIUS POPP

approb. Arzt

AUS

REGENSBURG.

ACAD. LUDWIGS BIBL.

FREIBURG i. Br.

Speyer & Kaerner, Universitäts-Buchhandlung

1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät in Freiburg im Breisgau.

Dekan:
Professor Dr. Straub.

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. Hoche.

Druck von A. Bonz' Erben in Stuttgart.

Meiner Braut.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543127_0086

Unter den psychiatrischen Fragen, die zurzeit im Mittelpunkt der Diskussion stehen, nimmt die Melancholie eine hervorragende Stelle ein, nicht nur aus rein theoretischen, sondern ebenso sehr aus praktischen Gründen.

Der Name ist alt und geht auf Hippokrates zurück, der damit den Ursprung der depressiven Verstimmung bezeichnen wollte: Schwarze Galle ströme dem Gehirn, das er bereits als Sitz der Verstandestätigkeit erkannt hatte, zu und verdunkle wie der Schleim das Organ der Denkkraft.

Der Begriff Melancholie ist seit jener Zeit den mannigfachsten Schwankungen unterworfen gewesen und steht heute noch in Diskussion, heute vielleicht mehr denn je.

Ein kurzer historischer Rückblick auf diese Wandlungen eröffnet zugleich auch am ehesten das Verständnis für die heute schwebenden Fragen:

Hippokrates sieht in der unmotivierten traurigen Verstimmung und Furcht das Charakteristikum der Melancholie, nach ihm hielt man sie für die Vorstufe der Manie, und Aretaeus hielt sie (im 1. Jahrh. n. Chr.) für eine „Manie mit Wut". Im Gegensatz dazu vertrat Galen wieder den Standpunkt von Hippokrates.

Erst Pinel gibt in seinem „Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale", Paris 1808, dem Begriff Melancholie eine wesentlich präzisere Form. Er stellt ihn als „délire exclusif" gegenüber dem

„délire général“, wie er die Manie bezeichnet. Seine Symptome sind Furcht, Traurigkeit, partielles Delir, das sich auf einen oder auch mehrere Gegenstände erstrecken kann.

Einen noch weiteren Ausbau erfährt diese Lehre durch Pinels Schüler Esquirol. Ihm[1] ist die Melancholie ein „partielles, fieberloses, chronisches Delir, als Ausfluss einer traurigen, schwächenden oder deprimierenden Leidenschaft. Er führt dafür den Namen Lypemanie, die besonders auch noch durch die Angst charakterisiert werde, und die er scharf abgrenzt gegen die Monomanie, wie er die Manie bezeichnet, sowie gegen die Idiotie und Hypochondrie.

Von diesem Krankheitsbild Esquirols begann aber bald ein Teil nach dem andern abzubröckeln und die zunehmende Einschränkung des Begriffes Melancholie ist das bezeichnendste Merkmal in seiner ganzen weiteren Entwicklung:

Guislain[2] betonte als erster den häufigen Beginn anderer Psychosen mit melancholischen Zuständen und in Konsequenz dessen bezeichnet 1840 Zeller die Melancholie überhaupt lediglich als das Symptom, und zwar das Anfangssymptom einer geistigen Erkrankung, als dessen Hauptkomponenten genannt werden:

1. Melancholie, 2. Manie, 3. Moria, 4. Demenz.

Jedoch erkennt bereits sein Schüler Griesinger[3] neben dieser Auffassung die Melancholie als eine Erkrankung selbständiger Natur an.

Später beschreibt Guislain eine allgemeine, für die die gesamten konstituierenden Elemente, und

---

[1] Esquirol, Allg. und spez. Pathologie und Therapie der Seelenstörungen, Leipzig 1827.

[2] Guislain, Josef, Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten, übersetzt von Laehr, Berlin 1854.

[3] Griesinger, W., Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Braunschweig 1876.

eine spezielle Melancholie, für deren Klassifizierung das jeweils hervorstechendste Symptom massgebend ist. Von Leidesdorf stammt unter anderen der Begriff einer Melancholie metamorphosis und einer M. cum stupore, und zwar könne die Melancholie sowohl als Symptom anderer psychischer Erkrankungen als auch als selbständiges Krankheitsbild auftreten, eine Auffassung, die auch Krafft-Ebing[1] zunächst noch vertrat.

Kahlbaum[2] hingegen erkannte gegenüber dieser Unklarheit die Notwendigkeit, diese Übergangsformen, die er Initial-, bezw. transitorische Melancholie nennt, scharf zu trennen von der eigentlichen „stabilen oder definitiven Melancholie". Er schlägt für die dauernde, konstitutionelle melancholische Verstimmung den Namen Dysthymie vor, bezeichnet die Krankheit als solche demgemäss als „Dysthymia atra" und möchte das Wort Melancholie nur zur Bezeichnung des psychischen Zustandes verwendet wissen. Auch sonst schränkt er den Begriff sehr wesentlich ein, indem er nachweist, wie das von ihm beschriebene Krankheitsbild der Katatonie so oft mit melancholischen Verstimmungen beginnt; und nachdem Baillarger[3] 1854 das zirkuläre Irresein als „folie à double forme" geschildert hatte, das kurz vorher von Falret[4] präziser definiert worden war, trennte Kahlbaum auch die dahin gehörigen depressiven

---

[1] v. Krafft-Ebing, R., Die Melancholie, eine klinische Studie, Erlangen 1874.

[2] Kahlbaum, K., Die klinisch diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Volkm. Sammlung klin. Vorträge, No. 126.

[3] Baillarger, Annales medico-psychologiques 1854, und 1880 „De la folie à double forme", Juillet.

[4] Falret, J. T., Bulletins de l'académie de médecine 1854 „Mémoire sur la folie circulaire" etc. 14. févr. T. XIX.

Zustände von dem bisherigen Krankheitsbild der Melancholie.

Erwähnt sei noch, dass Schüle[1] in der Melancholie, die er je nach dem am meisten in die Augen springenden Symptom klassifiziert, sie für eine Erkrankung aller Lebensalter erklärt, die ausgehen kann in Heilung, in Blödsinn oder in hallucinatorischer Demenz.

Meynert[2] trennt die Melancholie cum stupore ab und teilt sie der „Amentia" zu. Savage[3] hingegen fügt eine senile Form, in ihren Ausgängen von der komplizierenden Arteriosklerose abhängig, hinzu. Auf ihre Beziehungen zur Involution hatte Blandfort[4] aufmerksam gemacht.

Die stärkste Reduktion aber sollte der Begriff Melancholie erfahren durch Kraepelin. In den verschiedenen Auflagen seines Lehrbuches hat er denselben immer weiter und weiter eingeengt, bis er zuletzt zu einer „negativen Fassung" desselben gelangte. Während er in der ersten Auflage (1883) noch ganz auf dem alten, bisherigen Standpunkt steht, trennt er davon schon in der 2. Auflage (1887) den „depressiven Wahnsinn" ab. Er stellte etwa die durch Wahnideen charakterisierten Melancholien dar. Den Melancholien wesensverwandt, unterscheidet er sich von ihnen durch sein spezifisches Auftreten im Klimakterium. Bei zweifelhafter Prognose sollte diese Psychose in Heilung enden, oder, besonders wenn sie als erstmalige Erkrankung des Klimakteriums auf-

---

[1] Schüle, Heinr., Klinische Psychiatrie, Leipzig 1886.

[2] Meynert, Theodor, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, Wien 1890.

[3] Savoye, George H., Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Leipzig 1887.

[4] Blandfort, G. F., Die Seelenstörungen und ihre Behandlung, übersetzt von H. Kornfeld, Berlin 1878.

trat, in dauernder geistiger Schwäche. Während in den nun folgenden beiden Auflagen, der dritten (1889) und der vierten (1893) an diesem Standpunkt nur wenig modifiziert erscheint, wird seine Anschauung in der 5. Auflage eine viel radikalere: Seine Melancholie simplex, agitata, der „depressive Wahnsinn", die senile Depression werden zusammengefasst als Melancholie und damit „bezeichnen wir alle krankhaften, traurigen oder ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen. Ausser der Verstimmung gehören zum Krankheitsbild der Melancholie noch Wahnbildungen." Ferner erwähnt er hier noch die Hemmung, die bei Melancholie vorkommen kann, der Rededrang wird als hysterische Komponente angeführt, kurze Reizbarkeit, Querulieren, kurzer Stimmungsumschlag leiten die Heilung ein.

In der 6. Auflage (1899) werden alle periodischen Psychosen zusammengefasst in das manisch-depressive Irresein, wobei aber nicht die Periodizität, sondern in erster Linie die klinische Übereinstimmung ausschlaggebend ist. Kraepelin spricht von einer „grundsätzlichen und vollkommenen Übereinstimmung des Krankheitsbildes".

Von der grossen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins, das sich übrigens auch bloss auf einen einmaligen Anfall im Leben beschränken kann, völlig getrennt, steht die Involutionsmelancholie als selbständige Krankheit da; aber Hemmung und Reizbarkeit sind aus ihrem Symptomenkomplex geschwunden; und was man für Hemmung deuten könnte, fasst Kraepelin als „die Wirkung der gemütlichen Verstimmung auf die Schaffensfreudigkeit" auf.

So hat also Kraepelin die Melancholie sehr erheblich eingeschränkt gegenüber und zugunsten des manisch-depressiven Irreseins. Dabei gibt er die Unmöglichkeit zu, rein symptomatologisch diese beiden Krankheitsgruppen voneinander zu trennen. Abgesehen von genauester Anamnese und einer eventuellen Katamnese aber kommen nach seinen Darlegungen für die Differentialdiagnose in erster Linie in Betracht das Alter und dann die Hemmung. Alle Depressionszustände im jugendlichen Alter, soweit sie natürlich nicht der Dementia praecox angehören, zählt er dem manisch-depressiven Irresein zu; und die Hemmung ist nur für dieses letztere charakteristisch. Andererseits aber gehören seiner Meinung nach alle Depressionszustände des Seniums der Melancholie an.

Es ist selbstverständlich, dass die eigenartige, neue Auffassung eines alten Begriffes eine sehr lebhafte Kontroverse unter den Fachgenossen hervorgerufen hat, und ich muss es mir im Rahmen dieser Arbeit leider versagen, auf die moderne Literatur hierüber des näheren einzugehen. In ausführlicher Weise behandelt dieses Thema Dreyfuss in seiner 1907 bei Fischer in Jena erschienenen klinischen Studie „Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins“, deren literarhistorischem Abriss ich auch die meisten meiner bisherigen Daten entnommen habe.

Nur in Kürze also möchte ich die Stellung der Autoren zu Kraepelin und seiner Schule resümieren. Vor allem waren es die Punkte, die das Lebensalter und die Periodizität betrafen, gegen die sich die Einwendungen richteten; hier seien Jolly[1], Neisser[2],

[1] Jolly, Referat über Kraepelin: Lehrb. der Psych. 1896; Arch. f. Psych. Bd. XXVIII.

[2] Neisser, Clemens, Referat. Zentralblatt f. Nervenheilkunde und Psych. Juli 1897.

Fauser[1], Hitzig[2] genannt. Specht[3] dehnt den Begriff Melancholie ebenfalls auch auf die jugendlicheren Altersstufen aus; er schlägt dabei die Wiedereinführung des Namens Hysteromelancholie vor.

Etwas mehr nähert sich den Kraepelinschen Darlegungen Schott[4]. Ein Vorkommen jugendlicher Melancholien leugnet er, trennt Dementia praecox, Paralyse und senile Demenz, resp. natürlich deren Depressionszustände von der Melancholie, behält aber den „depressiven Wahnsinn" bei. Kölpin[5] nähert sich diesem Standpunkt, nimmt aber auch noch an der Bezeichnung „manisch-depressiv" Anstoss, und Albrecht[6] hat Bedenken dagegen, dass speziell das Alter allein entscheidend sein soll.

Auch in den meisten Lehrbüchern finden sich noch vollkommen von Kraepelin abweichende Anschauungen. So betont Westphal[7] ausdrücklich als wesentliche Symptome der Melancholie die traurige Verstimmung und Denkhemmung, verbunden mit Wahnideen im Sinne der Minderwertigkeit, des Kleinheitswahnes. Er unterscheidet eine Melancholia simplex von einer M. agitata. Das manisch-

---

[1] Fauser, A., Zur Kenntnis der Melancholie. Zentralblatt für Nervenheilk. und Psych. 1906.

[2] Hitzig, Berliner klin. Wochenschr. 1898, No. 7. „Über die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen."

[3] Specht, G., Über Hysteromelancholie. Zentralblatt für Nervenheilk. und Psych. 1906.

[4] Schott, Adolf, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv f. Psych. 1903, Bd. XXXVI.

[5] Kölpin, O., Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. f. Psych. und Neur. 1905, Bd. XXXIX.

[6] Albrecht, Paul, Die psychiatrischen Ursachen der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 1906, Bd. XX.

[7] Binswanger O. und Siemerling, E., Lehrbuch der Psychiatrie. Gustav Fischer, Jena 1907.

depressive (zirkuläre) Irresein „wird durch die regelmässige Aufeinanderfolge zweier entgegengesetzter Zustandsbilder der Manie und Melancholie gekennzeichnet.“ Daher kennt er auch die Diagnose der periodischen Manie resp. Melancholie. Ein Ausklingen jugendlicher Melancholien in dauernde psychische Schwäche, in Demenz, leugnet er. Auf ähnlichem Standpunkt steht Pilcz in seinem „Lehrbuch der speziellen Psychiatrie“, Wien 1904, und in seiner klinischen Studie „Die periodischen Geistesstörungen“, Gustav Fischer, Jena 1901, meint er: „Es will mich bedünken, dass Kraepelin, welcher gewiss mit Recht das Hauptgewicht auf die Ermöglichung einer Prognosenstellung aus dem Zustandsbild legt, in dem Bestreben, allen Übergangsformen gerecht zu werden und alle in concreto nicht bestimmt zu rubrizierenden Einzelfälle zu einem grossen, einheitlichen Krankheitsbilde zu vereinigen, durch die Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins in der oben genannten Fassung gerade die Abgabe einer Prognose recht illusorisch macht. Wenn ich mit der Diagnose „manisch-depressives Irresein“ nicht mehr sagen kann, als dass das Individuum wahrscheinlich in irgendeiner Zeit des Lebens noch einmal erkranken wird, dann rekurriere ich doch lieber zu den alten Lehren[1].

Einen ähnlichen konservativen Standpunkt findet man endlich auch bei Mendel[2]. Ziehen[3] definiert Melancholie als charakterisiert durch die 2 Hauptsymptome der primären Depression und der primären Denkhemmung. Als Drittes kann noch motorische

[1] Von mir gesperrt.

[2] Mendel, E., Leitfaden der Psychiatrie, Stuttgart 1902.

[3] Ziehen, Th., Psychiatrie, 3. Auflage, Leipzig 1908. Derselbe, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis, Halle 1908.

Hemmung hinzukommen, „als Teilerscheinung der allgemeinen Hemmung der kortikalen Associationen, welche sich andererseits als Denkhemmung kundgibt.“ Als Ausgänge nennt er Heilung, Tod, Heilung mit Defekt oder sekundären Schwachsinn, chronische Melancholie, sog. sekundäre Paranoia.

Auch im Ausland besteht die gleiche Kontroverse: Masselon[1] steht im allgemeinen der in Deutschland üblichen Schule nahe, Magnan[2] stimmt so ziemlich überein mit Schüle—v. Krafft-Ebing, Roubinowitsch und Toulouse nehmen gleichfalls einen von Kraepelin abweichenden Standpunkt ein und beschreiben[3] „mehr oder weniger symptomatische Melancholien“; Joffroy kennt nur einen melancholischen Symptomenkomplex, keine spezielle Melancholie sui generis[4].

Einig mit Kraepelin sind von den französischen Autoren Sérieux, Capgras, de Fursac[5]; ferner der Amerikaner Paton[6] und der Italiener Vedrani[7].

Ganz im Gegensatz aber zu den bisher zitierten Autoren bezeichnet Thalbitzer[8] Kraepelins Standpunkt als halb und darum unhaltbar, und er rechnet

[1] Masselon, R., La mélancolie. Ouvrage couronné par l'académie de médecine, Paris 1906.

[2] Zitiert nach Dreyfuss l. c.

[3] Roubinowitsch et Toulouse, La mélancolie, Paris 1897 Zit. n. Dreyfuss l. c.

[4] Dreyfuss l. c.

[5] Dreyfuss l. c.: Sérieux, La nouvelle classification du professeur Kraepelin. Revue de psych. 1900.

Capgras, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présenile, Thése de Paris 1900.

Fursac, R. de, Manual de Psychiatrie, 2. Aufl., Paris. F. Alcan

[6] Paton, St., Psychiatry, Philadelphia 1905.

[7] Vedrani, A., La melancolie, psicosi d'involuzione. Bullet. di Manicom. di Ferrara 1899, vol. XXVII.

[8] Thalbitzer, Sophus. Den. mania depress. Psykose. Stemmingssindssygdom, Kopenhagen 1902.

daher in Konsequenz der Kraepelinschen Ausführungen auch die Melancholie zum manisch-depressiven Irresein. Dagegen wendet sich aber Kraepelin in eingehenderen Erörterungen in der neuesten, 7. Auflage seines Lehrbuches von 1904. Er zieht die enorme Seltenheit einmaliger manischer Erregungen im Rückbildungsalter gegenüber den gerade hier so häufigen depressiven Zuständen in Erwägung. Ferner überwiegen seiner Ansicht nach beim gewöhnlichen zirkulären Irresein die depressiven Phasen nicht über die manischen. Woher also auf einmal die erstmaligen und einmaligen Depressionen in ihrer auffälligen Häufigkeit gerade zur Zeit der Involution? Man müsste annehmen, dass die Rückbildungsjahre geradezu einen spezifischen Einfluss auf das zirkuläre Irresein im Sinne der Depression ausüben würden. Zieht man ferner die Tatsache der senilen Depressionen in Betracht, so wird die Vermutung Gewissheit: dass die Involution auch selbständige Krankheitsbilder zu erzeugen vermag. Denn da von diesen, durch die Altersveränderungen des Körpers, durch die senile, zunehmende Hinfälligkeit etc. sich ganz aus dem Bild der psychischen, gewissermassen psychologischen Altersveränderungen heraus entwickelnden Depressionen fliessende Übergänge zur Melancholie in grosser Zahl sich finden, mussten auch die senilen Depressionen in Konsequenz Thalbitzers zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden. Da dies aber, wie Kraepelin besonders betont, nicht angängig ist, befürwortet er nochmals die Beibehaltung des Begriffes der Involutionsmelancholie, schränkt diesen aber etwas ein: Ein nicht geringer Teil der bis jetzt hieher gerechneten Fälle zeigt durch später auftretende manische Züge seine Zugehörigkeit zur andern grossen Gruppe, ebensowenig wie Kraepelin die ganz leichten, günstig verlaufenden Fälle noch zur Melancholie zählen will.

Als Kennzeichen der Rückbildungsmelancholie erwähnt er dann:

1. die langsame Entwicklung,
2. den einförmigen Verlauf,
3. die lange Dauer,
4. die allmähliche Lösung,
5. die zweifelhafte Prognose.

Weitere Unterscheidungsmerkmale seien auf der Seite der Melancholie „die innere Unruhe gegenüber der mehr gedrückten hoffnungslosen Stimmung im manisch-depressiven Irresein."

Die melancholischen Kranken lassen sich nie aufheitern, sie stehen stets unter dem mächtigen, sich gleich bleibenden Affekt; während manisch-depressive Trostzusprüchen zugänglich zu sein pflegen. Endlich fehlt der Melancholie die Willenshemmung, die dafür auf der andern Seite um so ausgeprägter ist, und das wortkarge ablehnende Verhalten von Melancholischen erklärt Kraepelin aus ihrer verzweifelten Stimmung und ihren Wahnideen. Der Zustand der inneren Spannung, in dem sich der Melancholiker befindet, kann sich nur in ängstlicher, nie in manischer Erregung entladen.

So bietet also das Bild der Involutionsmelancholie, wie sie Kraepelin in der letzten Fassung gibt, in der Kürze folgende Züge:

Es handelt sich um die ängstlichen krankhaften Verstimmungen der höheren Lebensalter, abgesehen von den depressiven Verlaufsabschnitten bei andern Formen des Irreseins.

Es treten hinzu regelmässig Wahnbildungen: Versündigungs-, Verfolgungswahn und hypochondrische Vorstellungen. Ebenso regelmässig bildet den Grundzug der melancholischen Verstimmung eine mehr oder minder deutliche Angst, die bisweilen hinter einer

gewissen Redseligkeit verborgen sein kann. Die Kranken pflegen diese innere Verstimmung gewöhnlich als „Heimweh“ zu bezeichnen und lokalisieren die Angst gewöhnlich in der Herzgegend.

Kraepelin unterscheidet nur mehr 2 Formen. Eine leichtere, häufigere mit ungetrübtem Bewusstsein, erhaltener Orientierung, Versündigungsideen, hypochondrischen Wahnideen, depressiven Vorstellungskreisen, Sinnestäuschungen meist unbestimmter Art, steht gegenüber einer zweiten schwereren, viel seltneren Form. Hier sind charakteristisch die ganz abenteuerlichen, unsinnigen, aber immer ängstlich gefärbten, oft nihilistischen Wahnideen, unsinnige hypochondrische Vorstellungen und bei vorgeschrittener Geistesschwäche dürftige Grössenideen, ferner Sinnestäuschungen, wohl aber meist nur Illusionen. Das Bewusstsein ist hier oft stärker getrübt, die Orientierung mangelhafter.

Hemmung fehlt dem Bild der Melancholie. Aber „der Kranke fühlt keinen Trieb mehr zum Schaffen, es geht ihm nicht mehr so von der Hand, er findet sich nicht mehr so durch.“ Die Teilnahmslosigkeit in protrahierten Fällen ist nur scheinbar, der darunter liegende Affekt kann sich in sehr heftigen Gefühlsausdrücken entladen, wenn man sich mit den Kranken abgibt. Bisweilen findet ein ziemlich regelmässiger Wechsel zwischen schlimmeren oder besseren Zeiten oder Tagen statt.

Die Prognose ist zweifelhaft. 32 % Heilung standen gegenüber 26 % ungeheilte Fälle; 23 % erreichten eine Besserung, die es ihnen ermöglichte, wieder ihre soziale Stellung einzunehmen. 19 % starben innerhalb der ersten zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung. Unter 50 Jahren wurden 40 %, über 50 Jahren nur 25 % vollständig geheilt. Eine ungünstige Wendung zeigt sich an durch Abnahme der gemütlichen Erreg-

barkeit bei Fortdauer der Wahngebilde, oder auch durch Ausbildung unsinniger Wahnideen. Die Dauer erstreckt sich regelmässig über mehrere Jahre. Der Beginn liegt um das 45. bis zum 65. Lebensjahr. 60 % der Kranken sind Frauen.

Die Heredität mit 53 % scheint hinter der erworbenen Disposition vielleicht zurückzustehen; Kraepelin betont als auffallend häufig das Vorkommen von Apoplexien, Altersblödsinn, Alkoholismus bei Eltern und Geschwistern.

Diesen Kraepelinschen Standpunkt erörtere ich vor allem deswegen so eingehend, weil im Folgenden seine Anschauung im grossen und ganzen die Grundlage abgeben wird für die Anordnung und Deutung des Materials sowohl, als auch für die daraus sich ergebenden Betrachtungen. Denn nur von gemeinschaftlichen Ausgangspunkten aus kann ich mir eine gedeihliche wissenschaftliche Erörterung denken.

Es erübrigt darum auch noch, einen kurzen Umriss des manisch-depressiven Irreseins nach Kraepelinscher Fassung zu geben: Hier werden zusammengefasst periodisch und zirkulär einerseits und andererseits die einfache Manie. Das manisch-depressive Irresein „verläuft in einzelnen Anfällen, die entweder die Zeichen der sogenannten manischen Erregung, Ideenflucht, gehobene Stimmung, Betätigungsdrang, oder diejenigen einer eigenartigen traurigen Verstimmung mit Erschwerung des Denkens und psychomotorischer Hemmung oder endlich eine Mischung beider Zustände bieten".

Auch hier werden bei der Depression wie bei der Involutionsmelancholie wieder zwei Gruppen unterschieden: eine leichtere mit einfacher psychischer Hemmung, ohne ausgeprägte Wahnideen; trübe, hoffnungslose Stimmung, bisweilen Zwangsvorstellungen,

Zwangsantriebe, Mangel an Tatkraft vervollkommnen die Symptomatologie dieser Gruppe. Dabei ist Orientierung und Besonnenheit erhalten; nur wenn die Hemmung bis zum schwersten Stupor fortschreitet, mit Katalepsie, Willenslosigkeit oder planlosem Widerstreben, ist das Bewusstsein getrübt und es besteht für diese Zeit der schwersten Krankheitssymptome meist teilweise oder vollkommene Amnesie.

Die zweite Gruppe zeigt ausser der Hemmung, die ebenfalls alle Grade bis zum stärksten (geradezu katatoniformen) Stupor erreichen kann, noch verschiedene Wahnbildungen, vor allem Versündigungs- und Verfolgungsideen, genau wie sie Kraepelin bei der Involutionsmelancholie schildert. Auch hier kommt es bisweilen zu ganz ungeheuerlichen, abenteuerlichen Wahnbildungen mit vereinzelten Sinnestäuschungen, ferner Umdeutung von Personen und Umgebung im Sinne der Wahnideen. Stets sind diese depressiven Anfälle von allerlei körperlichen Störungen begleitet wie Herzklopfen, Beklemmungsgefühlen, Kopfdruck etc.

Eine sehr eingehende Erörterung widmet Kraepelin dann den manisch-depressiven Mischzuständen. Da er aber selbst die Möglichkeit der Anwendung seiner Schemata in praxi für alle Fälle bezweifelt, und ihnen zunächst auch nur eine hauptsächlich theoretische Bedeutung zumisst, die erst weitere Untersuchungen ausbauen sollen, will ich sie hier nur kurz erwähnen:

Er geht von den drei Grundzügen aus, die je der Manie und der Depression eigen sind, also Ideenflucht, gehobene Stimmung, Betätigungsdrang auf der einen, Trägheit des Vorstellungsablaufes, traurige Verstimmung und Entschlussunfähigkeit auf der andern Seite. Indem bei diesen 3 Paaren sich die einzelnen Glieder der gegensätzlichen Gruppen wechselweise miteinander verbinden können, entstehen 8 Mischformen, „von denen wir allerdings für gewöhnlich nur die beiden

Hauptformen, die manische Erregung und die in allen Stücken ihr entgegengesetzte Depression auseinander zu halten pflegen.

Als Ursachen des manisch-depressiven Irreseins gibt Kraepelin für 80 % der Fälle Erblichkeit an, und zwar vielfach gerade auch zirkuläres oder periodisches Irresein bei andern Familienmitgliedern. Nicht selten sei vortreffliche verstandesmässige oder künstlerische Begabung, ebenso wie psychopathische Veranlagung bis zum kongenitalen Schwachsinn. Nicht selten sind auch während und vor den Anfällen hysterische Züge, wie sich auch körperliche Entartungszeichen finden. Der Beginn liegt mit mehr als zwei Drittel vor dem 25. Jahr, und zwar scheinen Belastete früher zu erkranken. Beim weiblichen Geschlecht sind es drei Viertel aller Fälle, wie ja auch im Rückbildungsalter die Frauen grössere Neigung zur Erkrankung zeigen. Den Beweis für den Zusammenhang von Kopftraumen und der manisch-depressiven Erkrankung erachtet Kraepelin als noch nicht für schlüssig erbracht.

Die Prognose gestaltet sich günstig für den Anfall. Die früh und ohne äusseren Anlass einsetzenden Fälle lassen auf vielfache Wiederkehr in kurzen Pausen schliessen. Im Klimakterium muss man auf die Wiederkehr früherer Anfälle gefasst sein. Hingegen scheinen Kraepelin die in diesem Alter zuerst auftretenden Fälle die Neigung zu mehrfacher Aneinanderreihung wechselnder Anfälle zu besitzen.

Einigermassen getrübt wird die Prognose durch die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zur Arteriosklerose. Sie kann psychische Schwächezustände zeitigen, durch die das ursprüngliche Krankheitsbild völlig verwischt wird.

Soweit die Ausführungen Kraepelins in der letzten Auflage seines Lehrbuches. Nach den präzisen

und eingehenden Erörterungen, die er darinnen Thalbitzer gegenüber vorbringt, ist es überraschend, welche Stellung er in dem Vorwort zu der bereits erwähnten Arbeit von Dreyfuss einnimmt. Auf Grund der Ergebnisse von Dreyfuss' Untersuchungen sieht er nunmehr keinen Grund mehr, nicht auch die Melancholie als zum manisch-depressiven Irresein gehörig aufzufassen. Dreyfuss hat nämlich gerade über das Krankenmaterial der Heidelberger Klinik, das seinerzeit Kraepelin zur Aufstellung seiner Anschauungen gedient hatte, eingehendste katamnestische Untersuchungen gemacht. Durch persönliche Nachuntersuchung in fast der Hälfte seiner Fälle, durch eine genaue Analyse der einschlägigen Krankengeschichten, sowie an der Hand von theoretischen Erwägungen kommt er zu dem Schluss, dass tatsächlich auch die Melancholie der grossen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zugerechnet werden müsse, dass Wesensgleichheit und nicht bloss eine rein äusserliche Ähnlichkeit der Symptome hier bestehe.

Es gelingt ihm auch wirklich in 79 seiner 85 Fälle die Diagnose „Melancholie" umzustossen und an ihre Stelle „manisch-depressiv" zu setzen und zwar wohl in vorwiegender Weise dadurch, dass er der von Kraepelin so sehr betonten psychomotorischen Hemmung eine viel weitere Fassung gibt, indem er auch die subjektive Hemmung, das Insuffizienzgefühl, die Arbeitsunlust, die innerliche Leere etc. mit heranzieht, ja in vielen Fällen auf diesen Angaben direkt die Diagnose aufbaut. Auch lässt er selbst offenbar unbedeutende Verstimmungen im Vorleben oder in der Katamnese seines Krankenmaterials im Sinne der manisch-depressiven Depressionen gelten. Ein ferneres Kriterium für die Richtigkeit seiner Anschauung bildet ihm dann auch stets der kurze, bezw. nicht langwierige Verlauf, da ja Kraepelin für seine Involu-

tionsmelancholie den eintönigen, chronischen, d. h. lange dauernden Verlauf fordert. Bei einer ganzen Reihe seiner Fälle diagnostiziert Dreyfuss aus diesem Umstand heraus allein schon bei der Analyse der Krankengeschichte, dass es sich um eine zirkuläre Psychose handeln müsse. Dabei betont er aber selbst die grossen Schwierigkeiten, die einer solchen späteren Analyse von Krankengeschichten im Wege stehen.

In seinen theoretischen Erwägungen geht er zunächst davon aus, dass überhaupt Kraepelin seiner Melancholiedefinition eine negative Fassung gibt. Damit allein sage er schon, dass es sich um Krankheitsbilder handelt, die er bisher nirgends unterbringen konnte. Ergo müssen sie untergebracht werden. Am meisten verwandt scheinen sie der zirkulären Depression, mit der sie so viele Symptome gemeinsam haben. Die von Kraepelin so sehr betonten differentialdiagnostischen Symptome erkennt er nicht als stichhaltig an. Bei der grossen Skala von Verstimmungen aller Grade auf Seiten der Manisch-Depressiven sei es schwer, die innere Beunruhigung auszuschliessen. Die Willenshemmung fehle nicht nur der Kraepelinschen Melancholie, sondern auch seiner „depressiven Erregung“, einem seiner manisch-depressiven Mischzustände. Er verweist ferner darauf, dass Kraepelin bei seiner Schilderung der Folgen des tiefen Affektes der Melancholie beinahe die gleichen Symptome bringt, wie nachher bei der Definition der für das zirkuläre Irresein charakteristischen Hemmung.

Die kurzen Stimmungsschwankungen, die Redseligkeit der Melancholiker, die fieberhafte Tätigkeit, die Kraepelin als Folgen der Angst und der inneren Unruhe hinstellt, sind für Dreyfuss exquisit zirkuläre Symptome.

Gegen den Einwand, dass die Melancholie nur in der Involution auftrete, meint er, dass ja gerade

Kraepelin selbst erwähnt, wie sehr gross der Einfluss des Klimakteriums auf das zirkuläre Irresein sei, dass Gaupp[1] am Heidelberger Material beim manisch-depressiven Irresein ein Überwiegen der Depressionen, und Rehm sogar in Egelfing ein solches im Verhältnis von drei zu eins festgestellt habe. So spiele die Involution eine ähnliche Rolle wie (beim Weibe in beiden Fällen besonders) die Pubertät für das Zustandekommen von Depressionszuständen. Und schliesslich will er auch noch, entgegengesetzt Kraepelins Hauptargument Thalbitzer gegenüber, die senile Depression dem manisch-depressiven Irresein angliedern; denn auch für die depressiven Erregungszustände des Greisenalters gelte dasselbe wie für die manischen Erregungszustände des Greisenalters, die Kraepelin zum zirkulären Irresein zähle. Sie sind Spätformen desselben, und nehmen, wenn nicht kompliziert durch Arteriosklerose, den gleichen günstigen Verlauf. So sei es ja auch mit der Melancholie: der günstige Verlauf beweist die Zugehörigkeit zu den zirkulären Psychosen; ein ungünstiger kann aber überhaupt nur durch Komplikation mit Arteriosklerose entstehen. Sie allein führt zum Schwachsinn. Dass Kraepelin so häufig den Ausgang in Schwachsinn registrieren musste, führt Dreyfuss darauf zurück, dass eben die Kranken nicht lange genug beobachtet wurden; denn er selbst hat nunmehr feststellen können, dass von seinen 79 Kranken 66 % gesund wurden, resp. sich auf dem Weg der Besserung befinden oder befanden. 25 % starben ungeheilt an interkurrenten Krankheiten, 8 % wurden durch Hinzutreten einer arteriosklerotischen Hirnerkrankung schwachsinnig.

[1] Gaupp, R., Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. München. med. Wochenschrift, 1905, Nr. 32, S. 1531.

Es ist nun klar, dass dieser neueste Standpunkt der Kraepelinschen Schule nicht ohne Widerspruch bleiben wird und auch nicht bleiben kann. Theoretische Diskussion aber wird hier allein nicht zum Ziele führen können, nur zahlreiche, umfassende Untersuchungen an möglichst grossem Material über möglichst lange Zeiten können diese Fragen klären. Wenn irgend möglich, sollte dabei persönliche Nachuntersuchung das Studium der Krankengeschichten und die statistischen Erhebungen unterstützen. Ich kann mich aber auch nicht auf Kraepelins Standpunkt stellen, der hier von der Statistik nichts erwartet. Im Gegenteil, je grösser das Material, um so mehr ist man auf eine statistische Sichtung und Verarbeitung desselben angewiesen.

Im Folgenden sollen die diesbezüglichen Erhebungen an der Freiburger Universitätsirrenklinik seit dem Jahre 1887 als Beitrag zur Melancholiefrage mitgeteilt werden.

In dem Zeitraum von 21 Jahren war an der hiesigen Klinik laut Aufnahmejournal 544 mal die Diagnose „Melancholie“ gestellt worden. Bei eingehendem Studium der betreffenden Krankengeschichten schied eine beträchtliche Anzahl sofort aus: Die Fälle, die zu anderen Psychosen, insbesondere zur Dementia praecox, zur Paralyse, zur Hysterie, zu den Alkohol- oder epileptischen Psychosen, ferner zur senilen Demenz gehörten. Namentlich unter den älteren Jahrgängen spielten unter diesen auszuscheidenden Fällen Dementia praecox und Paralyse eine bedeutende Rolle. Nicht berücksichtigt wurden auch die von vornherein typisch zirkulären Fälle, zirkulär im Sinne der bisher verbreiteten Anschauungen aufgefasst. Hingegen habe ich auch alle diejenigen Fälle mit herangezogen, die nach Auffassung Kraepelins dem manisch-depres-

siven Irresein zuzuzählen sind; wie schon erwähnt, stelle ich mich im ganzen und grossen in dieser Arbeit auf Kraepelins Standpunkt, wenngleich ich mich durch mein Material von vornherein zu einigen Modifikationen gezwungen sah; so musste ich mit der Altersgrenze von 45 auf 40 heruntergehen, da eine beträchtliche Anzahl der in Betracht kommenden Frauen um das 40. Lebensjahr herum bereits im Klimakterium standen. Eine scharfe Abgrenzung von Melancholie und „manisch-depressiv" liess sich, wenn auch nicht immer, so doch zumeist durchführen. Massgebend waren in erster Linie die Angst, der gleichbleibende tiefe Affekt und die dadurch bedingte Unmöglichkeit einer Beeinflussung, die innere Unruhe, der eintönige Verlauf und die mehr oder weniger lange Dauer für Melancholie einerseits, während Stimmungsschwankungen, wiederholte freie Intervalle, psychomotorische Hemmung, dumpfe, hoffnungslos-verzweifelte Stimmung, Stupor und selbstverständlich alle irgendwie als Zeichen der manischen Erregung zu deutende Symptome zugunsten der Diagnose „manisch-depressives Irresein" entschieden. Nicht differential-diagnostisch aber liessen sich vorerst in Betracht ziehen: das Gefühl der subjektiven Hemmung (Dreyfuss), ja nicht einmal die psychomotorische Hemmung allein liess sich stets einwandsfrei als nur für das zirkuläre Irresein charakteristisch nachweisen. Auch auf die Dauer und die Anzahl der Fälle konnte ich kein entscheidendes Gewicht legen, nach wie vor musste natürlich die Gesamtheit aller Symptome sowie aller andern Verhältnisse reiflich erwogen werden. Sehr wichtig war auch die Frage, ob die Heilungen von Bestand gewesen, ob ungeheilte Kranke noch genesen, wie viele von denselben gestorben seien. Bei dem grossen Material sowie dem Charakter dieser Arbeit kam eine persönliche Nachuntersuchung nicht in Betracht.

Statt dessen wurden an die einzelnen Bürgermeisterämter Fragebogen ausgesandt, die folgende Fragen enthielten:

1) Stand der Genannte nochmals in Anstaltsbehandlung? wenn ja, in welcher Anstalt?

2) War der Genannte seit der Entlassung aus hiesiger Klinik geistig normal? wenn nicht, welches Verhalten wurde beobachtet?

3) Konnte der Genannte dem Beruf oder der gewohnten Tätigkeit nachgehen?

Ich habe mich schliesslich auch genötigt gesehen, einige Fälle mit heranzuziehen, die unter der fixierten Altersgrenze von 40 Jahren waren, da sie schlechterdings mit keiner andern Diagnose als mit der der Melancholie zu bezeichnen waren, oder da sie von dem sonst beschriebenen Bild des manisch-depressiven Irreseins zu sehr abwichen und nur rein depressive Züge boten.

So blieben immerhin noch 139 Fälle übrig, die den folgenden statistischen Ergebnissen zugrunde liegen. Denn eine auch nur einigermassen detaillierte Wiedergabe der Krankengeschichten muss ich mir hier versagen. Es würde meine Ausführungen in zu ermüdender Weise in die Länge ziehen, wollte ich alle 139 Fälle auch nur einigermassen ausführlich wiedergeben; und nur mit Schlagworten sie zu skizzieren, halte ich deswegen nicht für geraten, da ja hiebei unbedingt schon in dieser Zusammenfassung eine Art Urteil liegt; aber auch dann noch würde diese Kasuistik einen ungebührlich grossen Raum beanspruchen. Es kommt mir hier auch nicht in erster Linie auf die Symptomatologie an, sondern ich glaube auch noch einigen anderen Punkten mehr Aufmerksamkeit widmen zu müssen, als das speziell in der Arbeit von Dreyfuss und auch bei den Erwägungen Kraepelins der Fall ist.

So begnüge ich mich, die Fälle zum Zweck der Übersicht in einigen Gruppen zu skizzieren:

A. Zur Involutionsmelancholie im Kraepelinschen Sinne wurden gerechnet:

1. Frauen: 39.

Davon zeigten eine einmalige Erkrankung im Leben: 24, und zwar boten 15 davon die Symptome einer mehr oder weniger deutlichen Angst, während bei 9 Kranken sich die Angst mit ausgesprochener objektiver Hemmung verband, ohne dass die Krankengeschichte sonst noch ein Symptom erwähnte, das auf die Zugehörigkeit zum zirkulären Irresein gedeutet hätte. Aus hernach noch zu erörternden Erwägungen habe ich die Fälle den Melancholien zuzählen müssen, wie ich umgekehrt bei den manisch-depressiven eine Reihe von Fällen mit ausgesprochener ja hochgradigster Angst ohne Hemmung anführen muss.

2 Anfälle konnten bei 8 Patientinnen festgestellt werden, 6 zeigten ausgesprochene Angst, Hemmung mit Angst war in 2 Krankengeschichten notiert.

3 Anfälle zeigte ein einziger Fall mit Angst und Hemmung zugleich.

4 und mehr Anfälle fanden sich bei 5 Frauen, sie alle boten das Bild der Angstmelancholie in den verschiedenen Anfällen, allerdings öfters mit wechselnder Intensität.

Unter der Altersgrenze von 40 Jahren sind zwei Frauen: die eine, die ihr erster und bisher einziger Anfall in die Irrenklinik führte, erkrankte mit 31 Jahren und bot dabei das typische Bild der Involutionsmelancholie. Sie ist jetzt, 7 Jahre nach ihrer Entlassung noch nicht vollkommen genesen. Die andere war 39½ Jahre alt, auch sie bot die typischen Symptome der Melancholie, hatte aber 10 Jahre vorher im Anschluss an eine Aufregung eine ähnliche Erkrankung gehabt.

Über die Verhältnisse der Heredität, der auslösenden Ursachen, der Häufigkeit der Wahnideen und Halluzinationen sowie des Auftretens katatoniformer und hysterischer Züge soll folgende Tabelle orientieren:

	Heredität		Total
	ohne	mit	
	15	24	39
Geheilt	4	11	15 = 38,9 %
Ungeheilt	13	7	20 = 51,3 %
Ungeheilt †	4	3	7 = 17,9 %
Unbekannter Ausgang	—	4	4 = 10,2 %
Psychopath. Konstitution	3	6	9 = 23,1 %
Angst	16	22	38
Hemmung	3	10	13
Angst + Hemmung	3	9	12
Ursachen: psychische	2	12	14
körperliche	6	2	11
(als direkte Klimakterium	—	1	1
Ursache) Influenza	1	1	—
körperl. u. psych.		1	1
Wahnideen	7	16	23
Halluzinationen	3	1	4
Wahnideen + Halluc.	2	—	2
Hysterische Züge	—	4	4
katatoniforme Symptome	3	2	5
1 Anfall	11	13	24
2 Anfälle	1	8	9
3 „	—	1	1
4 „	3	2	5

Unter „Heredität“ verstehe ich in diesem Zusammenhang die erbliche Belastung, soweit sie sich aus den Krankengeschichten ermitteln liess, und zwar habe ich herangezogen alle Fälle, bei denen ich sichere Angaben fand über geistige Erkrankungen bei Grosseltern,

Eltern, Geschwistern, überhaupt bei Blutsverwandten, ferner wo Angaben gemacht waren über abnorme Charaktere, Alkoholismus, über Neurosen, über Suicid in der näheren Verwandtschaft; auch den Vermerk: „Unehelich geboren“ glaubte ich nicht ausser Acht lassen zu dürfen.

Was die Heredität selbst betrifft, so waren von den Frauen mit der Diagnose Melancholie belastet: 24 = 61,6%, nicht belastet der Rest mit 15 = 38,4%.

Unter den erblich belasteten zeigten 10 Fälle die von Kraepelin als typisch aufgestellte Heredität: Bei Eltern oder Geschwistern Apoplexie, senile Demenz, Potus, Melancholie, Geisteskrankheit mit Suicid. Die von ihm für das manisch-depressive Irresein als so häufig angegebene ausgesprochen zirkuläre Belastung fand sich hier in einem Falle angedeutet. Acht Kranke zeigten anderweitige, schwere, meist jedoch nicht präziser angegebene Heredität, darunter fand sich 8mal die Angabe geisteskrank für Eltern oder Geschwister, Grosseltern etc., je einmal Hysterie und depressiver Charakter; einmal war es zweifelhaft. Bei 5 Kranken habe ich Angaben über leichtere Heredität gefunden. Darunter befand sich die Angabe, dass die Betreffende unehelich geboren sei, ein einziges Mal.

2. Männer: 19 Fälle.

Darunter erkrankten ein einziges Mal 13. Deutliche Angst zeigten 9 Fälle, Angst mit Hemmung 3; 1mal ist weder von Angst noch von Hemmung etwas in der Krankengeschichte vermerkt, dagegen wird von zahlreichen ausgesprochenen Wahnideen typischen Inhaltes, von Illusionen und teilweise hochgradiger, ängstlicher Agitation des 55 Jahre alten Mannes berichtet. Es bestand Arteriosklerose, ohne Demenz- oder Ausfallserscheinungen; Pat. wurde ungeheilt entlassen, die Katamnese steht jetzt, 16 Monate nach der Entlassung, noch aus.

2 Anfälle hatten 2 Kranke, je einer mit Angst und mit Angst und Hemmung.

3 Anfälle kamen einmal vor.

Unter 40 Jahren zeigten 4 Männer das Bild der Melancholie; 2 hatten einen Anfall; einer davon erkrankte mit 34 Jahren und konnte nach 5 Monaten gebessert in Familienpflege entlassen werden. Er ist seit 14 Jahren völlig gesund geblieben; der andere kam mit 35 Jahren in die Klinik. Auf dem Boden einer traumatischen Neurose waren die typischen Zeichen der Melancholie in beträchtlicher Intensität scheinbar ohne äussere Veranlassung aufgetreten. Nach 6monatlicher Anstaltsbehandlung konnte Pat. als geheilt entlassen werden. Die Katamnese steht aus.

2 Anfälle zeigte ein Fall der neben den typischen melancholischen Symptomen auch katatoniforme bot. Es handelt sich um einen schwer belasteten Mann, bei dem Mutter und Bruder melancholisch und er selbst zeitlebens depressiv veranlagt war. Nachdem er mit 38 Jahren zum erstenmal erkrankte, hernach etwa ein Jahr gesund geblieben, ist er nunmehr nach seiner 2. Entlassung 7 Jahre vollkommen normal.

Über die Heredität etc. füge ich wieder eine Tabelle ein:

	Heredität		Total
	ohne	mit	
	11	8	19
Geheilt*	6	3	9 = 47,4 %
Ungeheilt	4	3	7 = 36,8 %
Ungeheilt †	1	2	3 = 15,8 %
Unbekannter Ausgang	6	3	9 = 47,4 %
Psychopath. Constitution	1	3	4 = 21 %

* Bei der grossen Zahl der ausstehenden Katamnesen beziehen sich die Zahlen auf die Angaben der Krankengeschichten.

	Heredität ohne	Heredität mit	Total
Angst	10	8	18
Hemmung	4	3	7
Angst + Hemmung	4	3	7
Ursachen: psychische	4	5	9
körperliche	1	—	1
körperl. + psych.	—	—	—
Potus	2	—	2
Kopftrauma	2	—	2
Wahnideen	8	4	12
Hallucinationen	2	4	6
Wahnideen + Halluc.	2	3	5
Hysterische Züge	—	—	—
Katatoniforme Symptome	3	2	5
1 Anfall	11	4	15
2 Anfälle	—	2	2
3 „	—	1	1
4 „	—	—	—

Es waren mithin von den Männern nicht belastet 11 = 57,9 % gegenüber 8 = 42,1 % hereditär belasteten. Davon waren 5 schwer und zwar in typischer Weise belastet, 3 zeigten anderweitige schwere Heredität.

Im ganzen also konnte ich an der Hand der Krankengeschichten in 58 Fällen von 139 d. i. in 41,7 % die Diagnose „Melancholie“ im Sinne Kraepelins stellen; von diesen 58 Kranken waren erblich belastet: 32 = 55,2 %, denen 26 = 44,8 % nicht belastete gegenüber standen.

Geheilt wurden	24 = 41,6 %
als ungeheilt sind zu betrachten	27 = 46,5 %
ungeheilt starben	10 = 17,25 %
psychopathische Konstituton	13 = 22,4 %

auslösende psychische Ursachen	23 = 39,6 %	
„ körperliche „	12	
hysterische Züge	4	
katatoniforme Symptome	10.	

B. Diesen 58 Fällen stehen 81 andere gegenüber, in denen nach der Auffassung Kraepelins die Diagnose: „manisch-depressives Irresein“ gestellt werden müsste, Fälle, die jedoch an der hiesigen Klinik durchwegs als Melancholien angesprochen worden sind. Ich möchte auch hier wieder die vorhin verwendete Einteilung benutzen:

1. Frauen im Alter über 40 Jahre.

1 Anfall im Leben zeigten bisher 22 Frauen; davon waren deutlich gehemmt 8, einmal war ausserdem „subjektive Hemmung“ (Dreyfuss) für sich allein vorhanden. Hemmung mit teilweise maximaler, auch in Paroxysmen auftretenden Angst finde ich unter dieser Gruppe 7mal erwähnt. Angst allein 4mal. Blosse Depressionen, ohne Angst und Hemmung scheinen den Krankengeschichten nach 2 Fälle gewesen zu sein.

2 Anfälle sind vorhanden bei 10, gehemmt waren 4, Hemmung und Angst zeigten 2, ebensoviele zeigten bloss Angst, reine Depression ohne Angst und Hemmung war in gleichfalls 2 Fällen vorhanden.

3 Anfälle hatten nur 3, eine mit subjektiver Hemmung, eine mit Angst und Hemmung und eine vorwiegend depressive.

4 und mehr Anfälle: Unter 7 Kranken zeigte 1 objektive, 1 subjektive, 4 Hemmung mit Angst, eine Angst allein.

Unter 40 Jahren waren mit 1 Anfall vertreten 6 Patientinnen, mit 2 Anfällen 7. Von den ersteren waren 3 deutlich gehemmt, im Alter von 38, 34 Jahren. 2 davon blieben bisher gesund, 1 starb nach ½ jährigem Anstaltsaufenthalt. Eine bot das Bild der Ver-

einigung von Angst und „subjektiver Hemmung“, sie imponiert eher als Melancholie, zeigt aber wechselnde Stimmung und wechselnden Verlauf, sowie ein freies Intervall; die Dauer erstreckt sich auf 5 1/2 Jahre; sie wird als geheilt entlassen, stirbt aber nach 5/4 Jahren durch Suicid; tatsächlich war sie ungeheilt geblieben. Bei zwei Fällen endlich ist bloss Angst erwähnt; bei der einen, 25jährigen ist von Zwangsgedanken die Rede, sie war agitiert, zeigte hochgradige zuweilen paroxysmale Angst, ist von psychopatischer Konstitution; seit 2 Jahren ist sie dauernd gesund. Die andere war 37 Jahre alt, ist schwer belastet (typische Heredität), zeigte neben der Angst Widersetzlichkeit, heitere Intervalle, keine Wahnideen. Katamnese war keine zu erhalten.

Weitere Aufschlüsse über diese Gruppe wird die beifolgende Tabelle ergeben:

	Heredität		Total-
	ohne	mit	
	24 = 40,7 %	35 = 59,3 %	59
Geheilt	18	19	37 = 62,7 %
Ungeheilt	4	10	14 = 23,7 %
Ungeheilt †	4	6	10 = 16,9 %
Unbekannter Ausgang	3	5	8 = 13,6 %
Psychopath. Konstitution	4	14	18 = 30,5 %
Angst	10	18	28
Hemmung	13	21	34
Angst + Hemmung	6	12	18
Ursachen: psychische	8	10	18
körperliche	5	12	17
psych. + körperl.	2	3	5
Klimakterium	3	6	9
Influenza	2	2	4

	Heredität ohne	Heredität mit	Total
Wahnideen	12	23	35
Hallucinationen	—	4	4
Wahnideen + Halluc.	—	—	—
Hysterische Züge	—	3	3
Katatoniforme Züge	3	5	8
1 Anfall	10	22	32
2 Anfälle	8	10	18
3 „	2	—	2
4 „	2	5	7

Unter den 35 = 59,3 % der Gruppe ausmachenden Belasteten fanden sich 10 mit einer Heredität, wie sie Kraepelin als für die Involutionsmelancholie charakteristisch schildert, nur bei dreien dürfte vielleicht von einer „zirkulären“ Belastung die Rede sein; einmal heisst es nämlich, der Vater sei eingebildet, hochfahrend bei geistiger Beschränktheit gewesen, ein zweites Mal wird angegeben, dass der Vater verschlossen, eigenartig gewesen sei, durch Suicid geendet habe; das dritte Mal waren 3 Schwestern „eigentümlich“, eine „gemütskrank“. 17 andere Frauen waren in anderer Weise schwer, 1 leicht belastet und bei 4 findet sich die Bemerkung, dass sie unehelich geboren wurden.

Keine erbliche Belastung zeigten 24 Fälle = 40,7 % der manisch-depressiven Gruppe der Frauen.

2. Männer: 22 Fälle. Alter über 40 Jahre.

1 Anfall: 14; davon waren gehemmt 4; Hemmung und Angst werden erwähnt bei 4, Angst allein bei 3 und ledigliche Depressionen waren gleichfalls bei 3 vorhanden.

2 Anfälle machten durch: 4. 2 davon waren gehemmt; 1 bot nur das Symptom der Angst und hochgradiger Agitation, raptusartigen Zuständen bei sonst wechselndem Verhalten. Endlich ist noch eine

reine Depression ohne alle manischen Beimengungen zu erwähnen.

3 Anfälle in 3 Fällen, von denen einer deutlich gehemmt, 2 mit Angst und Hemmung einhergingen.

Unter 40 Jahren war ein Kranker; er war 39 Jahre alt, unter den Krankheitssymptomen stehen im Vordergrund Heimweh, Stupor, psychomotorische Hemmung.

Auch das Bild dieser Gruppe wird eine Tabelle vervollständigen:

	Heredität		Total
	ohne	mit	
	13 =	9 =	22
	59,1 %	40,9 %	
Geheilt	5	4	9
Ungeheilt	5	5	10
Ungeheilt †	2	3	5
Unbekannter Ausgang	6	2	8
Psychopath. Konstitution	3	5	8
Angst	6	4	10
Hemmung	7	7	14
Angst + Hemmung	3	3	6
Ursachen: psychische	5	2	7
körperliche	3	—	3
psych. + körperl.	1	—	1
Potus	—	1	1
Kopftrauma	—	2	2
Wahnideen	6	5	11
Hallucinationen	2	3	5
Wahnideen + Halluc.	2	2	4
Hysterische Züge	1	—	1
Katatoniforme Züge	1	1	2
1 Anfall	7	7	14
2 Anfälle	4	1	5
3 „	2	1	3
4 „	—	—	—

Es sind also in dieser letzten Gruppe belastet: 40,9 % = 9 Fälle; 4 davon zeigen die nach Kraepelin für die Melancholie charakteristische Heredität, zirkuläre Belastung fand sich gar nicht, andere schwere 4 mal und ausserdem noch 1 mal leichte erbliche Disposition. Dagegen sei hier erwähnt, dass von der ganzen Gruppe 3 Patienten durch Selbstmord zugrunde gingen. Es ist dies im Vergleich zu den übrigen Gruppen eine exorbitant hohe Ziffer; denn ausser diesen Fällen hat nur die bereits erwähnte Patientin (man.-depr., unter 40 Jahre) das gleiche Ende gefunden.

Das wäre in groben Umrissen das Material der hiesigen Klinik mit seinen statistischen Ergebnissen, soweit es meines Erachtens hier in Betracht kommt. Details werden im Laufe der folgenden kritischen Ausführungen nachgeholt werden.

Aus meinen Zusammenstellungen geht wohl schon die ganze Schwierigkeit hervor, allein nach symptomatologischen Gesichtspunkten eine Trennung zwischen den beiden Krankheitsbildern: Melancholie Manisch-depressives Irresein durchzuführen; die Angst, nach Kraepelin ein Grundzug der Melancholie, die Hemmung der Grundzug des zirkulären Typus, sie vereinigen sich in buntem Wechsel miteinander, wir sehen Hemmung bei Krankheitsbildern, die sonst das klassische Bild der Involutionsmelancholie darbieten, und umgekehrt sehen wir neben schwerer Hemmung deutlich die Angst, das Zittern der Kranken, die Angstpapillen zeigen sie nur zu deutlich, oder Angstparoxysmen und schwere Hemmungszustände, ja direkter Stupor lösen einander ab. Der Agitation, die Dreyfuss auch als ein Charakteristikum des zirkulären Irreseins aufgefasst wissen will, habe ich deshalb auch keine grössere Aufmerksamkeit geschenkt. Ich habe

sie nur gefunden, wenn die Kranken unter dem Affekt der Angst standen, oder wenn die Lebhaftigkeit ihrer Hallucinationen, der schreckhafte Inhalt ihrer Wahnideen ihre Erregung vollauf erklärten. Wo manische Erregung vorlag oder vorliegen konnte, schied ja der betreffende Fall von vornherein aus; dann war er zirkulär.

Bietet aber schon bei persönlicher Untersuchung die Differentialdiagnose bei den hier in Betracht kommenden Fällen sehr erhebliche Schwierigkeiten, so wird dies auf Grund der Symptome allein oft direkt unmöglich, wenn nur alte Krankenjournale zur Verfügung stehen. Erfahrung und analytische Kunst lassen da mitunter im Stich. Dreyfuss selbst und auch Gaupp, der das Wort vom „psychiatrischen Neuling“ geprägt hat, betonen diese grossen Schwierigkeiten, und doch gelangt Dreyfuss in einigen Fällen dazu, auf Grund solcher Krankengeschichten allein die Diagnose umzustossen. Ich wagte es nicht, auf den Schilderungen, die ich vorfand, weitgehende Schlüsse aufzubauen, denn wenn auch die mir zur Verfügung stehenden Journale fast durchweg genau und fleissig geführt sind, die subjektive Färbung ist oft nur zu deutlich, und vielfach spiegelt sich, wie ja auch Dreyfuss vom Heidelberger Material mehrfach betont, eben die gerade herrschende Schule darinnen wieder. Aber wenn irgend möglich soll das Subjektive ganz vermieden werden. Und das ist ein weiterer Punkt, indem ich den Ausführungen von Dreyfuss entgegentreten muss:

In weitaus der Mehrzahl seiner Fälle gelingt ihm die Diagnose: manisch-depressives Irresein deshalb, weil er bei ihnen eine „partielle subjektive Hemmung“ nachweisen kann. Er geht hier von der Kraepelinschen These aus, dass Willenshemmung der Involutions-

melancholie vollkommen fehlt, dass aber die objektive Hemmung ein Hauptcharakteristikum des manisch-depressiven Irreseins ist. Neben dieser objektiven Denk- und Willenshemmung aber zeigt sich auch mehr minder deutlich das subjektive Gefühl von Hemmung: Dreyfuss unterscheidet nach Kraepelin folgendermassen:

A. Subjektive Hemmung:

a) Gefühl der Abnahme aller intellektuellen Funktionen (Verlieren der Kenntnisse, des Gedächtnisses, Zerstreutheit etc.);
b) Gefühl der Erschwerung des Denkens und der Auffassung;
c) Gefühl der Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit (Unvermögen irgendwelchen Empfindens, innerliche Verödung und Vereinsamung);
d) Gefühl der Hemmung des Willens und der Willenshandlungen (Störungen des Handelns, Mangel an Tatkraft, Arbeitsunfähigkeit, Unvermögen des Emporraffens zu irgend einer Handlung etc.);
e) Entschlussunfähigkeit;
f) Gefühl der Müdigkeit und Abspannung.

B. Objektive Hemmung:

a) Die subjektiven Empfindungen sind objektiv feststellbar;
b) Erstarren der Ausdrucksbewegungen.

Unter partieller subjektiver Hemmung versteht er nun ein teilweises Vorhandensein der oben unter A. geschilderten Symptome.

Er erweitert also den Kraepelinschen Hemmungsbegriff nicht nur, sondern er nimmt ihm auch jede schärfere Fassung. Wenn wir nur einige, oder gar nur eines der unter A. rubrizierten Symptome bei einem Menschen finden, können wir ihn doch wohl noch nicht gehemmt, sicher aber niemals als manisch-

depressiv bezeichnen. Wenn der gesunde Mensch unter dem Einfluss eines stark gemütsbetonten Komplexes steht, seien es nun depressive oder auch freudige Affekte, so wird doch wohl in den meisten Fällen sein Denken, seine Auffassung erschwert sein: stumm vor Freude, vor Schmerz kennen wir als geläufige Wendungen aus unserm Sprachgebrauch. Schwere traurige Gemütserschütterungen können auch den Normalen in einer Weise in Tun und Denken beeinflussen, dass er tage- und monatelang sich „subjektiv gehemmt" fühlt. Ich glaube auch, es wird wenig Glückliche geben, die noch niemals „das Unvermögen seelischen Empfindens, innerlicher Leere" haben empfinden müssen. Und auf solchen Gefühlen, die wir beim Normalen nicht nur angedeutet, sondern mitunter vollkommen ausgesprochen finden, sollten wir beim kranken Menschen, dessen Psyche unter krankhaften Affekten, vielleicht in unerträglicher Steigerung, steht, oder dessen Psyche an und für sich nicht den Stürmen des Lebens gewachsen ist, auf solchen subjektiven Gefühlen sollten wir eine Diagnose aufbauen dürfen, eine Diagnose, die ein bisher festgegründetes Krankheitsbild als nicht mehr zu Recht bestehend erklärt?

Und auf diese Weise wird doch auch sicherlich nicht die Misere der subjektiven Diagnosen in der Psychiatrie behoben, über die auch Dreyfuss selbst, leider so sehr mit Recht, klagt. Wenn wir den Äusserungen unserer Kranken über ihr subjektives Empfinden so viel Glauben schenken wollen, warum tun wir es nicht auch sonst, bei der Anamnese, bei der Frage nach der Ätiologie etc.? Den Äusserungen eines psychisch Erkrankten dürfen wir, glaube ich, wirklich keine so entscheidende Bedeutung beilegen.

Ausserdem aber kann doch auch diese subjektive Hemmung, der wir im Normalen schon in solcher Stärke begegnen können, unmöglich sich auf eine Psychose

allein beschränken, sondern wir müssen diesen Begriff bei allen möglichen andern psychischen Erkrankungen wieder finden, und in der Tat lässt er sich ja auch auf ganz heterogene Zustände anwenden, wie dies auch Chwiliwizkaja[1] hervorhebt.

Ferner muss ich es als sehr bedenklich erklären, auf die katamnestische Erhebung einer solchen subjektiven Hemmung überhaupt irgendwelche Schlüsse aufzubauen. Die Möglichkeit der Suggestion, die Peinlichkeit jeder Erinnerung an die überstandene Psychose, eine Menge anderer individueller Faktoren verwischen hier das Bild zu sehr.

Nun halte ich es auch noch für fraglich, ob wirklich die objektive Hemmung ein ausschliesslich der zirkulären Depression eigenes Symptom sei. Eine Reihe von Autoren lehnt diesen Standpunkt ab; und meine Kasuistik hat gezeigt, dass in einer ganzen Reihe von sonst typischen Involutionsmelancholien die objektive psychomotorische Hemmung eine grosse Rolle spielt; in 20 Fällen, das sind 34,4 % der „Melancholien", begegneten wir ihr; 19 mal, das sind 32,76 %, ist sie dabei mit der Angst der Melancholie verknüpft. Muss man da nicht unbedingt zu dem Gedanken kommen, dass hier eine nähere Beziehung dieser beiden Symptome zueinander vorliegt, etwa Ursache und Wirkung?

Und wenn auch unbedingt zugegeben werden muss, dass die Symptomatologie der beiden fraglichen Psychosen zum grossen Teil sogar identisch ist, so darf das allein doch nicht bestimmend sein, die beiden zu identifizieren. Denn die Symptome sind Wirkungen, Wirkungen auf ein Organ, dessen normale Funktion uns noch lange nicht genügend bekannt ist. Wer

[1] Chwiliwizkaja, Pauline, Über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. Inaugural-Dissertation, Freiburg i. Br. 1908.

sagt uns denn, ob wir es am Ende nicht mit sehr ähnlichen Wirkungen verschiedener Ursachen zu tun haben? Ich erinnere hier nur an die Geschichte der Melancholie selbst, an die „Melancholia metamorphosis", oder an die Stuporzustände. Den melancholischen bezw. „zirkulären" Stupor bloss der Symptomatologie nach vom katatonischen in praxi zu unterscheiden, dürfte mitunter einfach unmöglich sein.

Ich glaube auch nicht, dass das mehrfache Auftreten gleichartiger, reiner Depressionszustände im Leben unserer Kranken beweisend sein dürfte für die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven, bezw. zirkulären Irresein; zum mindesten dürfen wir es doch nicht so nennen, wenn der Verlauf gar nichts für die Manie Charakteristisches bietet, wenn er gar nicht zirkulär ist; denn das normale Verhalten in den freien Zwischenzeiten kann bei eventueller psychopathologischer Konstitution doch kaum als Rückschlag ins Gegenteil betrachtet werden. An der Hand meines Materials muss ich somit eine periodische Melancholie einstweilen anerkennen. Übrigens ist auch in der Frage der Deutung oder Verkennung einer eventuell vorhergehenden oder nachfolgenden sogenannten „Hypomanie" oder der „reaktiven heiteren Verstimmung" einer subjektiven Beurteilung leider auch wieder Tür und Tor geöffnet, besonders aber, wenn es sich um die katamnestische Feststellung eines derartigen oft nicht einmal in der Klinik klar zu deutenden Zustandes handelt.

Aus all diesen Gründen glaubte ich einerseits mich nicht auf den jetzigen Standpunkt der Kraepelinschen Schule stellen zu können, andererseits aber hielt ich es nicht für geboten, der Symptomatologie meiner Kasuistik eine zu grosse Aufmerksamkeit zu schenken; da ich sie ja doch auch nicht durch persönliche Nachuntersuchung vervollkommnen konnte.

Aber noch einige wichtige Punkte scheinen mir auch noch gegen eine Identifizierung der beschriebenen Fälle mit dem zirkulären Irresein zu sprechen.

Es wundert mich sehr, dass weder Kraepelin, noch Gaupp, noch Dreyfuss die Frage erörtern, wie sie sich nunmehr, nachdem auch die Melancholie nur ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins sein soll, zur Frage der Heredität dieser Psychose stellen. Nach den Ausführungen Kraepelins in der letzten, der 7. Auflage seines Lehrbuches, ist das zirkuläre Irresein eine fast rein erbliche Erkrankung: 80 % gibt er in Übereinstimmung mit andern Autoren an, während für die Melancholie die Heredität mit nur 53 % sogar eventuell hinter der erworbenen Disposition zurückzustehen scheine. Hier ist also bereits in seinen Angaben eine beträchtliche Differenz zwischen den beiden Psychosen, die bisher offenbar übersehen wurde. Die Zahlen von Dreyfuss sind natürlich ganz ähnliche, nämlich 48 % Erblichkeit für alle Fälle, und zwar für 32 Nachuntersuchte 50 %, für 8 nicht Nachuntersuchte 37½ %, für 39 Verstorbene 49 %.

Bei meinem Material nun habe ich ebenfalls ganz ähnliche, vielleicht ein wenig höhere Resultate gefunden: für die zunächst unter Melancholie aufgezählten Fälle ergab sich:

Heredität für Frauen 61,6 % (24 Fälle)
„ „ Männer 42,1 % (8 Fälle)
zusammen = 55,2 %.

Für die „manisch-depressiven" Fälle
Heredität für Frauen 59,5 % (35 Fälle)
„ „ Männer 40,9 % (9 Fälle).

Das ergibt für mein gesamtes Material mit 139 Fällen eine Heredität von 53,2 %, also genau den Angaben Kraepelins entsprechend, die für

seine Involutionsmelancholie charakteristisch sein sollen. Nirgends der hohe Prozentsatz der zirkulären Psychose.

Ferner aber sagt Kraepelin bei dieser ausdrücklich: die Erblichkeit sei hier vielfach gerade auch zirkuläres oder periodisches Irresein bei andern Familienmitgliedern. Ich habe bei Dreyfuss hiefür nur 5 Fälle als Beleg feststellen können, ihnen gegenüber stehen 13, deren Heredität wir bei Melancholie zu finden gewohnt sind. Bei meinen Fällen habe ich 4, deren Heredität man als zirkuläre ansprechen könnte, und zwar finden sie sich nur bei Frauen. Diesen 4 Fällen gegenüber stehen 29 mit „melancholischer" (s. v. v.) Heredität.

Da nun aber Kraepelin selbst der Heredität eine wichtige Rolle in der Ätiologie und in seiner ganzen Auffassung des manisch-depressiven Irreseins einräumt, da er diese Heredität als eine so charakteristische beschreibt, so kann ich mich namentlich auf Grund meiner jetzigen Erhebungen beim Freiburger Material sowie meiner sonstigen Erfahrung nicht auf Kraepelins jetzigen Standpunkt und auf den von Dreyfuss stellen.

Was nun die Prognose betrifft, so sind meine Ergebnisse leider nicht eindeutig. Geheilt wurden im ganzen 70, ungeheilt blieben, bezw. wir wissen noch nichts von einer Heilung bei ihnen, 44. Unbekannt ist der bisherige Verlauf in 29 Fällen geblieben, und wir können daher nur auf die Krankengeschichte rekurrieren. Es wurden aber hiemit im ganzen nahezu 50 % geheilt, ein allerdings viel günstigeres Resultat, als es Kraepelin für die Melancholie angibt. Aber ich glaube, dieses Verhältnis ist nur ein scheinbares. Unsere Katamnese stellt ja nur fest, dass die Kranken nach Laienbegriffen normal bezw. geistig gestört gestört geblieben sind, und dass sie wieder sozial geworden bezw. asozial geblieben sind. Rechnen wir

bei Kraepelin die volle Genesung und die Fälle zusammen, die sich „draussen noch halten können“, so ergeben sich bei ihm 55 % günstig verlaufener Fälle.

Gestorben sind in Freiburg während ihres Aufenthaltes in der Klinik 8 Frauen nach meist recht kurzem Aufenthalt und 3 Männer, bei denen die längste Aufenthaltszeit in der Irrenanstalt 1½ Jahre betrug. Im ganzen starben ungeheilt 25 Kranke, 4 davon durch Suicid.

So zeigen unsere Fälle auch in der Prognose, besonders auch soweit sie einer Katamnese zugänglich waren, keine Abweichungen von der Involutionsmelancholie Kraepelins.

Die Frage, warum gerade im Involutionsalter so überwiegend Depressionszustände zustande kommen, bezw. ob eben die Involution eine selbständige Psychose hervorzurufen imstande ist, hat Kraepelin in seinen Darlegungen Thalbitzer gegenüber meines Erachtens so vollkommen erörtert, dass es genügt, an dieser Stelle nochmals auf die ja weiter oben zitierten Ausführungen Kraepelins zu verweisen.

Die nach Kraepelin die Prognose des manisch-depressiven Irreseins trübende Arteriosklerose konnte ich im ganzen 9 mal konstatieren; bei den 4 Männern ist auch tatsächlich bis heute keine Heilung erfolgt, resp. uns nichts von einer bekannt; es ist eine solche auch unwahrscheinlich. Die Katamnese steht leider in allen 4 Fällen aus; es waren übrigens alle 4 Fälle solche, deren klinische Gestaltung, wie sie sich in hiesiger Klinik darbot, sie ohne weiteres der Melancholie zuwies.

5 mal finde ich Arteriosklerose bei Frauen erwähnt, davon sind heute, 1½ bezw. 3 Jahre nach Entlassung, 2 gesund, die übrigen sind ungeheilt.

2 mal finde ich bei schwer belasteten Frauen Struma verzeichnet.

Sehr interessant gestalten sich die Beziehungen zwischen Heredität, konstitutioneller Veranlagung, äusseren Ursachen, hysterischen und katatoniformen Zügen. Ich möchte hier nochmals auf meine obigen Tabellen verweisen: Bei den erblich belasteten Frauen finden sich unter den auslösenden Ursachen 22 mal solche, die traumatisch auf die Psyche gewirkt haben können, ihnen gegenüber stehen 10 derartige Fälle ohne Heredität, während 11 mal körperliche Ursachen ohne und 14 mal mit Heredität angegeben werden. Bei den Männern liegen die Verhältnisse so, dass bei den belasteten 7 mal, bei den andern 9 mal von einer psychischen Ursache die Rede ist, körperliche hingegen wird nur 4 mal und zwar bei nicht belasteten erwähnt. Es finden sich also bei den Frauen überhaupt auslösende Ursachen in weit erheblicherem Masse, wie ja auch die Heredität beim weiblichen Geschlecht eine viel grössere ist.

Nun ist aber auch die Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an den Involutionspsychosen überhaupt eine viel stärkere. Auch psychopathische Konstitution finden wir bei denselben natürlich in überwiegender Mehrheit. Die Frage nach dem Grund oder den Gründen dieser Erscheinung ist ein Thema für sich, auf das näher einzugehen ich mir leider versagen muss. Aber sehr auffallend ist, dass in sämtlichen Tabellen die erblich belasteten Psychopathen ebenfalls bei weitem in der Mehrheit sind. Angesichts dieser Tatsachen kann man wirklich kaum umhin, anzunehmen, dass hier wohl gerade in der Heredität mit der eigentliche ätiologische Faktor liegt. Ich möchte hier auch auf die neuestens im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psych. 1908, zweites Novemberheft, erschienene Arbeit von Specht verweisen: „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia“, der besonders auch die Frage der Heredität

und der psychopathischen Konstitution eingehend würdigt. Auf Grund der erblichen Disposition kommt es zu einer wahrscheinlich auch noch durch den steten Umgang und durch die Erziehung der psychotischen Eltern oder Geschwister gesteigerten pathalogischen Charakteranlage. Wie dieselbe nun auf die einzelnen Traumen des Lebens anspricht, ob in Form periodischer Melancholien, so oft eben ein deprimierendes Ereignis in ihr Leben tritt, oder in zirkulärer Form, wenn etwa auch noch endogene, uns bisher noch nicht bekannte Faktoren mitwirken, oder ob sich lediglich unter der höchst ungünstigen Konstellation des Klimakteriums einmalige „Involutionspsychosen" unter der Mitwirkung der „auslösenden äusseren Ursachen" entwickeln — alle diese Fragen müssen erst durch eingehende weitere Untersuchungen gelöst werden, und werden wohl erst vollkommene Klärung finden, wenn wir über das Problem der Vererbung ebenso wie über die wahre Rolle der äusseren Ursachen durch genauere Studien mehr Aufschluss haben verschaffen können.

Ich möchte hier nur kurz erwähnen, dass in jüngster Zeit Stekel[1] in Wien zwei Melancholien durch Psychoanalyse in dieser Richtung zu erforschen gesucht hat. Auf seine Ausführungen kann aber hier nicht näher eingegangen werden, zumal dieses ganze Gebiet noch ganz und gar nicht geklärt ist.

Endlich sei auch noch der hysterischen Beimengungen zum Symptomenkomplex der Melancholie gedacht: Ich fand sie einmal bei den Männern, bei einem nicht belasteten Individuum; 7mal bei Frauen und zwar nur bei belasteten, also auch hier wieder die Abhängigkeit von der Heredität.

Zum Schluss noch einige Worte über die katatoniformen Symptome, deren Auftreten so oft die

[1] Stekel, W., Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung, Wien 1908.

Diagnose Melancholie oder manisch-depressives Irresein so eminent erschwert.

In jüngster Zeit hat Willmanns in einer Arbeit im Zentralblatt für Psychologie und Neurologie 1907 darauf hingewiesen, dass die katatonischen Symptomenkomplexe, die sich an eindeutige, manisch depressive (in Kraepelinscher Fassung) oder cyklothymische Anfälle anschliessen, aufzufassen seien als eigentümliche Äusserungen dieser Erkrankungen, und dass sie in Heilung übergingen. Dabei steht auch er auf dem Standpunkt von Dreyfuss, und fasst die Melancholie als ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins auf. In den 20 Fällen, die ich davon unter meinem Material finde, ist allerdings auch Heilung eingetreten. Übrigens müssen auch hier erst eingehendere, vielseitige Untersuchungen gemacht werden. Ich erwähne dieses Ergebnis in dieser Arbeit lediglich als kasuistischen Beitrag.

So halte ich nach den obigen Darlegungen die klinische Stellung der Involutionsmelancholie durch die Ausführungen und die Ergebnisse von Dreyfuss nicht für erschüttert. Im Gegenteil, meine jetzigen Untersuchungen bestärken mich nur in meiner Anschauung, dass auch der Kraepelinsche Begriff eher noch zu eng gefasst ist für eine Diagnose in der Praxis. Es hat sich ja hier gezeigt, dass wir sowohl das Auftreten der Melancholie im jugendlicheren Alter als auch mehrfach im Leben als Tatsache annehmen müssen. Dass die Prognose auch nach einem sehr langen Zeitraum — mein Material umfasst ja 21 Jahre — keine bessere wird, als sie Kraepelin gefunden, hat sich hier in Freiburg an einem noch grösseren Material gezeigt, als es Dreyfuss zur Verfügung stand. Mit diesen 53 % Heilung wird der Praktiker zu rechnen haben, und darnach wird er seine Prognose vorerst stellen müssen.

Die Frage „Melancholie“ ist aber noch nicht geklärt; dem manisch-depressiven Irresein gegenüber ist eine sichere Abgrenzung noch nicht möglich. Dazu werden noch sehr umfangreiche Untersuchungen an möglichst reichem Material über lange Zeitläufte, über Menschenalter nötig sein. Denn es dünkt mich, dass vorerst die Vererbungsfrage, die in all diesen psychischen Erkrankungen offenbar eine so grosse Rolle spielt, mehr aufzuklären ist. Die auffallenden Bilder der typischen zirkulären, sowie der typisch melancholischen Heredität harren noch ihrer Erklärung. In dieser Richtung, ferner durch eine möglichst systematische Kontrolle aller einmal psychisch Erkrankten auch nach ihrer Entlassung, wird weiter zu arbeiten sein, endlich müssen wir uns Klarheit darüber zu verschaffen suchen, welcher Art die Einwirkung traumatischer Ereignisse auf die gesunde und auf die kranke Psyche ist.

Zurzeit ist hier alles in Fluss, und darum schon halte ich es für bedenklich, den eben erst gefestigten und präzisierten Begriff der Involutionsmelancholie wieder über Bord zu werfen, solange wir nicht über seine wichtigsten Erscheinungen einigermassen in Klarheit sind. Und einer summarischen und bequemeren Diagnostik zuliebe möchte ich den Begriff „Melancholie“ nicht in der weiten Gruppe des manisch-depressiven Irreseins untergehen lassen.

Lebenslauf.

Geboren bin ich am 29. Juli 1878 zu Regensburg in Bayern als Sohn des protestantischen Arztes, Hofrat Dr. Fritz Popp. Nach 4järigem Besuch der Volksschule trat ich im Herbst 1888 in das Königl. Neue Gymnasium zu Regensburg ein, absolvierte es 1897 und bezog im selben Jahr zunächst die Universität München. Dort blieb ich bis zum Herbst 1901, bestand dann im Sommer 1902 die ärztliche Vorprüfung. Krankheit zwang mich im Winter 1904 unmittelbar vor der ärztlichen Prüfung zur Unterbrechung meiner Studien. Im Mai 1905 übernahm ich die Stelle eines Unterassistenten am Burghölzli, der Universitätsirrenklinik von Zürich. Nahezu 1 Jahr blieb ich dort, bis ich im April 1906 zum Volontärarzt am kantonalen Asyl in Wil, Kt. St. Gallen, gewählt wurde. Dort verblieb ich, bis ich am 23. Juli 1908 die ärztliche Prüfung an der Universität Freiburg i. Br. bestanden hatte. Von meinen militärischen Verpflichtungen bin ich insoweit entbunden als ich dem Landsturm 1. Aufgebotes zugeteilt bin.

Freiburg i. Br., 2. Dezember 1908.

Julius Popp, appr. Arzt.